

## Necesidad de la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario

**Rosa M.<sup>a</sup> Raich**  
**G. López Guimerá**  
**D. Sánchez Carracedo**

Cada vez más nos encontramos con jóvenes que sufren alteraciones en su comportamiento alimentario. Es necesario adoptar un enfoque preventivo frente a esta problemática.

### ¿Qué son los trastornos del comportamiento alimentario?

La anorexia y la bulimia nerviosas son trastornos psicológicos que cursan con graves alteraciones del comportamiento alimentario. Bajo esta denominación no suelen comprenderse aquellos trastornos de la conducta alimentaria que podrían referirse a alteraciones de la ingesta debidas a problemas físicos o enfermedades. Tampoco constituyen unas entidades cerradas y, en realidad, se presentan como un complejo conjunto de patologías, de las cuales las más destacadas son un deseo de adelgazar y un inadecuado hábito alimentario, además de una preocupación extremada por la figura y el peso. Bajo la denominación trastornos alimentarios hallamos muchas más alteraciones o variaciones que las anteriormente citadas. Los trastornos psicopatológicos de la ingesta pueden incluir otros muchos problemas y están en un rango amplísimo en cuanto a su gravedad. Insatisfacción corporal, psicopatología como depresión, trastornos de la personalidad, abuso de sustancias, intentos de suicidio, pensamientos obsesivos, autovaloraciones negativas y un sinfín de componentes pueden aparecer asociados a ellos.

### Anorexia nerviosa

La *anorexia nerviosa* es un trastorno grave de la conducta alimentaria en la que la persona que la padece presenta un peso inferior al que sería de esperar por su edad, sexo y altura. El peso se pierde por ayunos o reducción extremada de la comida, pero casi el 50% de las personas que lo padecen usan también el vómito autoinducido, el abuso de laxantes y/o diuréticos y el ejercicio extenuante para perder peso (Fairburn y Garner, 1986). No existe ninguna enfermedad médica que explique la pérdida de peso. En el caso de las mujeres, otro de los criterios diagnósticos es la existencia de amenorrea primaria o secundaria.

La prevalencia de la anorexia nerviosa está situada en una persona cada 100 o 250 (Garfinkel y Garner, 1982). Según Morandé (1995), en el Estado español ha aumentado de un 0,3% en 1985 al 1,3% en 1994. Aparece en jóvenes adolescentes y es una enfermedad muy grave. La mortalidad que provoca es una de las mayores causadas por trastornos psicopatológicos (llega a ser del 9%). Es mucho más frecuente entre las mujeres, con una proporción respecto de los hombres de 10 a 1.

Sobre la edad de inicio de la anorexia nerviosa existe un acuerdo en que suele aparecer en la primera adolescencia, hacia los 13 años, y aún en la clínica cada vez más aparece en edades inferiores, sin que ello implique que no pueda presentarse en personas mayores.

### Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa es un trastorno severo de la conducta alimentaria en la cual muchos individuos, la mayoría mujeres, presentan frecuentes episodios de voracidad, vomitan habitualmente o, más raramente, toman laxantes o diuréticos para prevenir el aumento de peso. El vómito es autoinducido y generalmente se produce cada día. También pueden alternar el ayuno o una dieta muy estricta con los atracones.

La prevalencia de la bulimia nerviosa está situada entre un 2 y un 4%.

En general, las personas que presentan bulimia nerviosa tienen un peso normal, aunque también las hay con sobrepeso.

Se suele observar en mujeres más mayores que las que tienen anorexia. La media de edad de aparición está situada alrededor de los 17 años. Al ser un comportamiento secreto y no presentar una pérdida de peso tan acusada, suele pasar desapercibida durante mucho tiempo.

Aunque la anorexia nerviosa es un trastorno más grave que puede provocar la muerte, tanto ésta como la bulimia causan graves alteraciones y déficits.

Los individuos que están dentro de la categoría de bulimia nerviosa tienden, entre atracón y atracón, a restringir su ingesta, a veces de manera absoluta (ayuno), a veces de manera relativa (dieta estricta). Suelen tener un peso dentro de la normalidad con pequeñas oscilaciones hacia arriba o hacia abajo. Son personas que pretenden adelgazar y fracasan de manera sistemática en su empeño. También por un proceso de aprendizaje se van situando en este ámbito aquellas personas que ven que pueden controlar el peso con conductas purgativas, hartas ya de restringir constantemente su ingesta.

Lo que pasa es que incorporan una serie de comportamientos altamente desagradables y finalmente no pueden controlar su peso (por definición no están jamás en un peso muy bajo). Entre las personas que sufren este trastorno no es extraño hallar un porcentaje bastante elevado de gente que no es capaz de controlarse en otros ámbitos: dependencia o abuso de sustancias psicoactivas, ludopatía o cleptomanía. También suele observarse a personas con trastornos de la personalidad.

La clasificación de la bulimia es de "tipo purgativo" y "tipo no purgativo", comprendiendo este último subapartado a las que para prevenir el aumento de peso tras los atracones utilizan el ejercicio extenuante o los ayunos, pero no se provocan el vómito, ni abusan de laxantes o diuréticos.

Hay autores que consideran los trastornos alimentarios como trastornos de la imagen corporal, ya que, debido a la preocupación que ésta les genera, hacen grandes y patológicos cambios en la ingesta. Es decir, el trastorno proviene de que la chica o el chico no se gusta, normalmente debido a la presión ambiental hacia la esbeltez, para ello debe adelgazar y (todo acompañado de consejos y creencias que dicen hacer fácil la pérdida de peso) empieza a recurrir a distintos métodos para lograrlo: dieta, ayuno y, si no puede soportarlos, se atraca de comida e introduce métodos de control del sobrepeso adquirido (vómito, laxantes, diuréticos, ejercicio, ayuno...). En la clínica del trastorno anoréxico aparecen, aparte de diferentes alteraciones físicas, una serie de alteraciones psicológicas, las más frecuentes suelen ser: depresión, aislamiento social, mal humor, insomnio, también sentimientos de ineficacia, pensamiento inflexible...

Nos hemos referido en primer lugar a los trastornos de anorexia y bulimia nerviosas y lo hemos hecho porque éstos son los más estudiados y conocidos. Pero la realidad humana es difícilmente encasillable en los moldes diagnósticos y se han desarrollado nuevos conceptos que encajan dentro del contexto de los trastornos alimentarios. En las nuevas categorías de los manuales diagnósticos (DSM-R, APA, 2000) aparecen otras entidades diferentes a las explicadas, por ejemplo, se describe el "trastorno de ingesta compulsiva o trastorno por atracón", que se refiere a aquellas personas que no pueden controlar el consumo de alimentos y que ingieren una gran cantidad de comida en un periodo discreto de tiempo, pero posteriormente no realizan maniobras como provocarse el vómito para reducir los efectos de su atracón. Es un trastorno frecuente en muestras de población general y experimentan gran malestar al verse incapaces de controlar una ingesta excesiva. También se añade un cajón de sastre que permite incluir otros trastornos que no llegan a presentar todas las características descritas en las clasificaciones anteriores.

## **Necesidad de la prevención en este ámbito**

En la adolescencia es extremadamente común estar preocupado por el peso y la figura corporal. Los adolescentes tienen que convivir con un ambiente que implica muchos riesgos tanto para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria (en adelante TCA) como para el desarrollo de la obesidad, particularmente en relación con la comida y con las actividades que se les propone. Por influencia de los medios, los adolescentes asocian delgadez con belleza, éxito y salud. Además, los medios ponen a nuestro alcance cientos de maneras de perder peso, supuestamente eficaces, para alcanzar este ideal. En consecuencia, "muchos adolescentes sienten la presión cultural de ser más delgados de lo necesario para tener una buena salud e intentan conseguir este objetivo a través de malas, e incluso a veces peligrosas, elecciones nutricionales" (Canadian Pediatric Society, 2004, p. 487). Existen numerosos estudios de prevalencia que indican que un gran número de adolescentes, particularmente chicas, está desarrollando conductas poco saludables para controlar su peso. En un estudio realizado por nuestro equipo en la Universidad Autónoma de Barcelona encontramos que en una muestra de chicas catalanas, con una media de edad de 13 años, un 40% había hecho dieta para perder peso alguna vez en su vida. Estos datos son similares a los encontrados en otras investigaciones realizadas en distintas partes del mundo. Por tanto, la elevada prevalencia de adolescentes que está teniendo comportamientos alimentarios alterados (como saltarse comidas, atracarse, fumar para no comer, provocarse el vómito, tomarse laxantes y diuréticos u otros fármacos), las consecuencias a corto y largo plazo que producen estos comportamientos en la salud, la resistencia al tratamiento una vez se ha desarrollado el trastorno y su coste son un claro motivo para incrementar la atención política, social y sanitaria hacia la prevención primaria de dichos trastornos (Rosen y Neumark-Sztainer, 1998). Todo lo anterior señala la necesidad de adoptar un enfoque preventivo a la hora de abordar esta problemática.

Por otro lado, la prevención de los TCA es un campo relativamente nuevo y se encuentra en su primera generación, comparado con el voluminoso trabajo que se ha realizado en otros campos, como en el ámbito de las drogodependencias. Sin embargo, en esta última década se han realizado avances importantes. Aunque nos encontramos en una fase muy preliminar, a partir de las investigaciones realizadas, ya se pueden extraer aquellos elementos que son necesarios para que un programa de prevención de los TCA sea lo más eficaz posible (Levine y Smolak, 2006; Piran, 2005; Shisslak, Crago, Estes y Gray, 1996; Stice y Shaw, 2004).

Los primeros programas de prevención primaria de los TCA consistían en proporcionar información sobre el trastorno, partiendo de la idea de que conocer sus consecuencias negativas produciría un cambio en las actitudes y en los comportamientos alimentarios. Este tipo de programas no sólo han resultado ser ineficaces, sino que, en algunos casos,

han producido efectos contraproducentes, ya que mediante el programa se estaban proporcionando maneras insalubres para controlar el peso. A partir de dichos resultados se estableció que la prevención de los TCA debía orientarse a aspectos genéricos que permitieran la promoción de la salud en general o la creación de actitudes positivas hacia ella, incorporando aspectos básicos, tales como el fortalecimiento de la autoestima, la formación básica en nutrición o la lucha contra la presión mediática hacia un cuerpo femenino excesivamente delgado. Algunas de las estrategias concretas que se proponen para trabajar con los adolescentes son las siguientes:

- Enseñarles a aceptar el amplio rango de figuras corporales y animarlos a desarrollar intereses y habilidades que no estén basados en la apariencia física.
- Enseñarles hábitos de comida saludable y de ejercicio físico, y enfatizar los efectos negativos de las dietas.
- Enseñarles maneras de resistir las burlas sobre el peso y la presión hacia la dieta.
- Proporcionar a los niños y niñas información sobre el desarrollo corporal, destacando que la ganancia de peso es normal y necesaria para el crecimiento.

Otro elemento importante es el formato del programa. Aquellos que tienden a utilizar un formato interactivo, en lugar de uno informativo, obtienen mejores resultados y se mantienen durante más tiempo. Por tanto, hoy sabemos que para promover actitudes y comportamientos más saludables respecto a la alimentación y la interiorización del ideal estético corporal debemos realizar actividades que impliquen una participación activa por parte de los adolescentes.

Finalmente, un elemento que hoy ya es indiscutible es que los programas deben tener un carácter ecológico, es decir, no intervenir únicamente a un nivel individual trabajando con los adolescentes, sino hacer intervenciones en los distintos niveles que ejercen una influencia en sus actitudes y comportamientos alimentarios. Se trata de trabajar con los padres, los profesores, la escuela, la comunidad en la que viven, e incluso de hacer actividades dirigidas a las normas sociales y políticas públicas. Un ejemplo serían las intervenciones dirigidas a los medios de comunicación que transmiten modelos no saludables de belleza. Algunas de las estrategias que han sido sugeridas para trabajar con los padres y los profesores son las siguientes:

- Educar a los padres sobre los patrones alimentarios de los niños y las preferencias en las distintas etapas del desarrollo.
- Enseñar a los cuidadores a detectar los problemas alimentarios en los niños para favorecer la detección temprana.
- Concienciar a los padres de que sus comportamientos alimentarios y preocupaciones por el peso pueden afectar a los niños.
- Educar a los padres para que se abstengan de hacer comentarios sobre el peso y figura corporal de sus niños y dirigir dichos comentarios a aspectos relacionados con la salud, así como a valorar sus aptitudes o habilidades personales.

Por último, se ha de comentar que los programas preventivos aplicados a los TCA son cada vez más prometedores. A pesar de que todavía son pocos los que obtienen efectos a largo plazo, en su mayoría se trata de programas recientes, lo que nos indica que se están realizando avances importantes y en la dirección correcta.

#### **Hemos hablado de:**

Educación para la ciudadanía  
Educación para la salud  
Alimentación  
Trastornos alimentarios

## **Bibliografía**

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR) [Texto revisado]. Washington. American Psychiatric Association

CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY (2004): "Dieting in adolescence". *Pediatrics and Child Health*, 9 (7), pp. 487-491.

FAIRBURN, C.G.; GARNER, R.D.M. (1986): "The diagnosis of Bulimia Nervosa". *International Journal of Eating Disorders*, 5, pp. 403-419.

GARFINKEL, P.E.; GARNER, D.M. (1982): *Anorexia Nervosa: A multidimensional perspective* New York. Bruner-Mazel.

LEVINE, M.P.; SMOLAK, L. (2006): *Prevention of eating problems and eating disorders: Theory, Research, and Practice*. Mahwah, New Jersey. Lawrence Erlbaum Associates.

MORANDÉ, G. (1995): *Atención de la anorexia y la bulimia nerviosa. ¿Dónde, quién, cómo?* Madrid. Adaner.

PIRAN, N. (2005): "Prevention of eating disorders: A review outcome assessment research". *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 42, pp. 172-177.

ROSEN, D.S.; NEUMARK-SZTAINER, D. (1998): "Review of options for Primary prevention of eating disturbances among adolescents". *Journal of Adolescent Health*, 23:6, pp. 354-363.

STICE, E.; SHAW, H. (2004): "Eating Disorder Prevention Programs: A Meta-Analytic Review". *Psychological Bulletin*, 130, 2, pp. 206-227.

SHISLAK, C.M.; CRAGO, M.; ESTES, L.; GRAY, N. (1996): "Content and Method of Developmentally appropriate prevention programs", en SMOLAK, L.; LEVINE, M.P.; STRIEGEL- MOORE, R. (eds.): *The Developmental Psychopathology of Eating Disorders: Implications for Research, Prevention and Treatment*. Mahwah, New Jersey. Lawrence Erlbaum Associates, pp. 341-363.

## **Dirección de contacto**

Rosa M.ª Raich  
Universitat Autònoma de Barcelona  
[rosa.raich@uab.es](mailto:rosa.raich@uab.es)

G. López Guimerá  
Universitat Autònoma de Barcelona

D. Sánchez Carracedo  
Universitat Autònoma de Barcelona